

1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	2273100137		
法人名	医療法人財団 百葉の会		
事業所名	グループホーム ゆひもや (2階) (3階)		
所在地	静岡県静岡市清水区由比 427-14		
自己評価作成日	平成26年2月22日	評価結果市町村受理日	平成26年3月28日

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先	http://www.kaijokensaku.jp/22/index.php?action=kouhyou_detail_2012_022_kani=true&JigyouvoCd=2273100137-00&PrefCd=22&VersionCd=022
----------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	有限会社システムデザイン研究所		
所在地	静岡市葵区紺屋町5-8 マルシメビル6階		
訪問調査日	平成26年3月10日		

【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】

①研修制度の充実:法人内での様々な研修への参加だけでなく事業所内勉強会として勉強会の年間計画を実施している(認知症、身体拘束、感染症等)
②近隣医療機関(協力医院)と関わりを深めることによりターミナルケアの実施を事業所として行うことができている
③地域のGH集まってるの会議に今年度から参加ができている
④ISO取得し運用を開始し始めている

【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】

スケールメリットを活かした1階デイサービスとの交流行事を、本年度は毎月協働で企画しています。苺フェアや野外レストランと名付けたバーベキュー、芋煮会、夏祭り、敬老会との多彩な行事は、職員主導から利用者参画型に発展し、開設10年を経て培われた信頼関係に豊富な実りを添えています。「近隣特養に入居した親友と会う機会を作ろう」との申し入れが叶った事例は大変嬉しい出来事でした。このような事業者間の連携をかねてより切望していましたが、地域包括支援センターが中心となって連絡協議会の発足に漕ぎつけており、今後は定期開催を通じて情報交換や協力関係を築きたいと考えています。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1~55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します

項目	取り組みの成果 ↓該当するものに○印	項目	取り組みの成果 ↓該当するものに○印
56 職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる (参考項目:23,24,25)	○ 1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 4. ほとんど掴んでいない	63 職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができている (参考項目:9,10,19)	○ 1. ほぼ全ての家族と 2. 家族の2/3くらいと 3. 家族の1/3くらいと 4. ほとんどできていない
57 利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある (参考項目:18,38)	○ 1. 毎日ある 2. 数日に1回程度ある 3. たまにある 4. ほとんどない	64 通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている (参考項目:2,20)	○ 1. ほぼ毎日のように 2. 数日に1回程度 3. たまに 4. ほとんどない
58 利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:38)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	65 運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが拡がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4)	○ 1. 大いに増えている 2. 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 4. 全くいない
59 利用者は、職員が支援することで生き生きした表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	66 職員は、生き活きと働けている (参考項目:11,12)	○ 1. ほぼ全ての職員が 2. 職員の2/3くらいが 3. 職員の1/3くらいが 4. ほとんどいない
60 利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている (参考項目:49)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	67 職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
61 利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている (参考項目:30,31)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	68 職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う	○ 1. ほぼ全ての家族等が 2. 家族等の2/3くらいが 3. 家族等の1/3くらいが 4. ほとんどできていない
62 利用者は、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている (参考項目:28)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない		

自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
I. 理念に基づく運営					
1	(1)	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	事業所独自の理念、グループホームの理念、湖山ケア行動指針などを掲げている。会議の前に唱和し共有を図っている。行動指針は勉強会を行っている。お客様一人ひとりに寄り添うケアを心掛けている。	職員行動指針は勉強会でのテストという形で浸透を図っています。散歩から帰った利用者の口からこぼれる「ああ、我が家に帰ってきた」という言葉に、事業所理念の実践が凝縮されています。	
2	(2)	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	地域で行っている商工会祭りに出店したり、11月にはゆひもや祭りを開催している。地域のボランティアの方達の協力を得て一緒に楽しむ事ができました。地域の祭りの時には御みこしやお太鼓などが施設に来てくださっている。	地域の祭りでは神輿が立ち寄ってくれ、事業所でも毎月周辺の清掃に取り組んでいます。本年は地区防災担当から高齢者の食事に関する講義に協力要請があり、事業所に寄せられている信頼が覗えます。	
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	職員は毎月1回付近の歩道の清掃を行っています。災害ボランティアからの要望で地域に出向き口腔ケアの重要性について話をさせていただいています。		
4	(3)	○運営推進会議を活かした取り組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	2ヶ月に1回開催し、お客様の様子・行事・職員の勉強会での取り組み・防災などの報告を行いホームへの理解を得ている。貴重な意見やアドバイスを頂いている。運営会議の報告はホーム会議で行いサービスの向上に努めている。参加されないご家族にも会議報告書を送付している。	感染症をはじめ役立ちそうな内容の勉強会も行われています。災害ボランティアコーディネーターから震災後は口腔内の不衛生から肺炎が多く発症した話を聞き、防災用品に歯ブラシを加えています。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる	地域運営推進会議への参加をして頂いています。	運営推進会議へは毎回地域包括支援センター職員の出席があり、議事録も郵送しています。今期は、由比蒲原地区事業所間の連携を図ることを目的として事業所連絡会が発足され、活用が期待されています。	事業所連絡会が定着し、近隣事業所との情報交換や有事の際の協力体制が築かれることを期待します。
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	身体拘束の研修には職員が必ず参加している。全体勉強会でも身体拘束を取り上げ新人職員にも周知徹底を図っている。身体拘束を行わないケアに取り組んでいます。「身体拘束〇宣言」の資料を掲示し常に意識付けを行っている。	年に一度の研修会で学習を積み重ねています。スピーチロックについては「ナイスワードバッドワード」として場面ごとの具体例をあげ「手伝いましょうか」「ゆっくり頑張って」といった言い換えを目指し、事務所や職員トイレに掲示してあります。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている	研修に参加し全体勉強会で報告している。接遇委員が中心となりスピーチロックの防止に努めています。自己評価を行い、その後他者による評価も行い自覚できる様になっている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している	現在利用しているお客様はいらっしゃらないため、今後の学習課題としています。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	契約時にはゆひもやの理念、経営方針・契約書・重要事項説明書の説明を行い納得していただいている。		
10	(6)	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	地域運営推進会議にご家族にも参加して頂き意見を述べて頂いている。家族会では家族同士で話し合う時間を設け、要望や意見を伺っている。ご家族にアンケートを実施し結果は玄関に掲示している。ホーム会議で報告し話し合っている。	事業所独自のアンケートでは「利用者の輪に入れていないのでは」と案じる家族の視点に、職員間で話し合い、是正後の法人アンケートでは満足度の高い結果が得られています。	
11	(7)	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	運営会議・主任リーダー会議の報告をホーム会議・全体会議で行い話し合う機会を設けている。	事業計画策定では職員意見の吸い上げに努めており、上期と下期で個人面談を実施しています。環境整備への進言では、地域貢献も併せ事業所周辺の清掃活動「クリーン作戦」に毎月取り組んでいます。	
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	職員実務評価表に自己評価を行いそれを基に個人評価に繋げている。		
13		○職員を育てる取り組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	施設内研修・施設外研修に参加できる機会を設けている。講師を招いての介護基礎研修には全職員が参加しています。会議の中で介護技術の反復をしている。新人職員にはプリセプターをつけてOJTチェック表や新人職員プリセプター指導項目により育成を行い把握の確認を行っている。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている	地域包括主催の、地域のグループホームが集まる会に今年度1度出席をしている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
Ⅱ. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	事前面談を行い話を伺っている。訴えのできないお客様に対しては本人の気持ちを読み取れるように努力している。信頼関係を築く事から始めている。事前面談アセスメントを作成し把握している。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	入所前に家族と面談し話し合いを行っている。要望を伺い介護計画書に反映している。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスを導入する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	事前面談アセスメントを基に、カンファレンスを行い介護計画書を作成している。介護計画書は検証を行い全職員が把握している。		
18		○本人と共に過ごし支えあう関係 職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	家事や行事の準備などできる事は協力して頂いている。一緒に共感する事の大切さはホームの理念にも掲げているので職員は理解している。		
19		○本人と共に支えあう家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場におかず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	毎月お便りで日々の様子を伝えている。家族旅行や、行事の案内を行い参加して頂いています。家族会を開催する事で家族との連携を図っている。週末には家族と一緒にホームで食事をしていくお客様もいる。		
20	(8)	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	地域の祭りや行事・買い物などで地域の方達との交流を図っている。DS利用から入所されてお客様はDSのレクに参加の声掛けを行い関係が途切れないように配慮している。	毎水曜日のカルチャーセンターやデイサービスとの合同行事が増えたことで馴染みの人との交流が続いています。寺院へ写経に通うなど趣味を継続している人には集中して取組めるよう支援しています。	
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せず利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	各階を自由に行き来したり、合同の食事会を行い馴染みの関係を保てるように支援している。お客様同士がお互いを気に掛けて、声掛けを行っている。職員は良い関係を保つ事ができる様に配慮している。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	医療関係や福祉関係への相談がある時はご家族を支援し関係を大切にしている。		
Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	(9)	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している	直接本人に伺ったり、会話の中から把握するように努めている。家族の来訪時には普段の様子を伝えながら意向などを聞き取るようにしている。帰宅願望がある時は職員と一緒に自宅や親戚の家に行くなどして納得していただいています。	日々の気づきは生活記録と申し送りノートに記載共有しています。入居間もない頃は帰宅願望が強く、夜間でも本人が納得できるまで自宅通いに付き添ったことで、今では事業所を“我が家”と呼ぶ人もいます。	
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	事前面談アセスメントを作成し全職員が把握しているまた、お客様との会話の中で把握するように努めている。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	生活記録・バイタルチェック表・業務日誌・カンファレンス・申し送りノート等で確認している。		
26	(10)	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	ホーム会議でカンファレンスを行い見直しや問題点について話し合っている。3ヶ月ごとにモニタリングを行い、6ヶ月ごとに介護計画書の見直しをし、検証を行い家族の了解を得ている。	サービス内容が時系列で表記され、達成度の記録欄を設けたことで可視化と標準化につながる新人職員にもわかりやすい書式を新たに作成して、その人の生活がプランに連動しています。	
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	生活記録に個人のサービス内容が記載されている。1ヶ月毎に実践結果を把握する事ができる。実践結果はホーム会議で話し合いプランに反映している。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	併設しているDSのお客様と交流を図り、合同行事や慰問には自由に参加している。合同行事は毎月企画している。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	運営推進会議には民生委員・包括支援センター・地区長様・災害ボランティアなどの方々に参加して頂き協力を得ている。地域ボランティアや中学生の体験学習・小学生・幼稚園児の訪問を受けて楽しんでいる。		
30	(11)	○かかりつけ医の受診支援 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している	お客様に合わせて医療機関を決めている。協力医を確保し2週に1回の往診を受けているお客様もいる。往診時には看護師が対応し医師との連携を図っている。家族の都合で受診できない時は勤務調整を行い職員が対応している。	かかりつけ医を継続している人は半数以上おり、入居後も変わらない医療機関とのつながりがあります。受診は基本的に家族ですが、適正な診断に向け日頃の様子を知る職員同行が多くなっています。	
31		○看護職との協働 介護職は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している	DSの看護師が定期的に体調確認を行い医療連携記録簿を作成している。受診時には受診記録を作成し看護師が確認している。変化がある時は申し送りノートに記載する事で全職員が把握している。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、又、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	本人の状態に合わせて医師・家族と相談している。入退院時には看護師と話し合う機会を設け安心できる様に対応している。病院に様子を見に行ったり、家族とは常に連絡を取り状態の把握に努めている。		
33	(12)	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所ですることを十分に説明しながら方針を共有し、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	看取り及び重度化に関する指針・マニュアルが作成されており、地域運営推進会議や家族会で説明している。ホーム会議でその都度指針の確認を行っている。喀痰の研修にも参加し備えている。	かかりつけ医の協力もあり一昨年から3名、開設当初からでは10名の看取りに取り組んでいます。入職時に「看取りを行う事業所」として説明を受けることでまず心構えができ、勉強会や具体的指示、緊急連絡にも応じてくれる看護師の力添えもあります。	
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	普通救命講習を受講したり、全体勉強会で初期対応の勉強会を行っている。各階に人工呼吸マスクを常備してある。緊急時お客様カルテを作成し緊急時に備えている。		
35	(13)	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	年2回の消防の協力を得て防災訓練を行っている。防災委員が勉強会を行い搬送の仕方や初期消火の確認を行い周知している。ホームでは毎月避難訓練を実施している。地域運営推進会議でも常に防災の事を議題に挙げ話し合っています。	地震や津波、火災など想定を替えて毎月訓練が行われ、地域の人には階段搬送と見守りに参加をお願いしています。運営推進会議では図上訓練や無線機の使い方も実施され、服薬緊急カルテも準備しています。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	(14)	○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている	否定することなく常に「どうしたいのか」を確認して要望に沿うように努めている。一人ひとりに合った言葉掛けに配慮している。本人の意思を最優先にする事を大切にしている。	接遇委員会が中心となる接遇マナーチェックは、自己評価とともに他者からの記入欄もあり、3ヶ月ごとの評価は「言ってしまった自分」に気づけるものとして、項目内容はさらに検討を重ねる予定です。	
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	気兼ねなく要望を伝える事ができる信頼関係を築くように努力している。自己決定の可能なお客様には必ず意思の確認を行い本人の希望に合わせている。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	お客様のペースを崩さず、自由に生活できるように支援している。催し物がある時はその都度伝えて希望を伺っている。体調や気分により日々の関わり方を考慮し、申し送りを行い職員が把握している。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	男性のお客様は毎日の髭剃りができる様に対応している。洗顔が無理なお客様には温かなタオルをお出しするなど配慮している。		
40	(15)	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	食事の盛り付けの量・食器・食事の形態などに配慮し提供している。朝食にはパンを希望されるお客様もいます。食事作りへの参加は少ないが食材の買い物には一緒に出かけています。片付けは毎日一緒に行っている。	週3回買い物に出かけ、その日食べたい物を聞いて手作りしており、栄養士による献立チェックもあります。ユニット合同食事会や誕生会には手作りケーキもあります。車いすの人も椅子に移動してテーブルについていました。	
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	DSの栄養士が検食簿を確認し栄養のバランスを管理している。水分や食事の摂取量はバイタルチェック表で把握している。お客様の要望には柔軟に対応している。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	毎食後口腔ケアの声掛けを行い本人に合わせて介助を行っています。上手に磨く事ができないお客様にはイソジンなどで口腔内の清潔に配慮している。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
43	(16)	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立にむけた支援を行っている	さり気ない声掛けや誘導を行い排泄を支援しています。紙パンツやパットをなるべく使用せず、トイレでの排泄を基本としている。朝食後には訴えるのできないお客様も便座に座るようにしている。	ベッド上での排泄介助が増えた利用者でも、排便はトイレでの座位を習慣とすることで下剤に頼ることなく、安眠と精神的な安定を得ています。家族への配慮から職員は消耗品消費にも意識もっています。	
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	排泄チェックを行い状態を把握している。体調を考慮し、散歩に出かけたり、		
45	(17)	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々にそった支援をしている	時間を決めずにお客様の希望に沿って入浴できる様に対応しています。女性のお客様は希望により女性職員が対応するなど配慮している。季節に合った入浴剤や温度調節を行い気分良く入浴して頂ける様に努めている。	「今、入りたい」との気持ちに添った対応を旨として湯は毎日準備し、曜日や時間を決めていませんが、めやすは2日に1度としています。夏場は湯上り後の足指間に留意し水虫への気配りもみられます。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している	お客様の希望や状態に合わせて昼寝や休息を取っていただいています。昼夜逆転しないように昼寝の時間や日中の過ごし方に配慮しています。夜間は時間になったから寝るのではなく本人の好きな時間に眠れるように見守りしています。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	服薬ミスがないように服薬管理シートやセットマニュアルが作成されています。常に状態の変化に留意し医療連携簿の確認や受診記録・申し送りノートの確認を行い内容の理解に努めています。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	一人ひとりの役割が自然とできています。職員が声を掛けなくても自ら動いてくださっています。気分転換に散歩や食材を買いに少し遠くの店舗に出かけている。将棋や塗り絵・折り紙を楽しんでいるお客様もいます。作品はフロアに展示し皆で楽しむ事ができる。		
49	(18)	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。又、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	気分転換もあるので散歩や、買い物、ドライブに誘っています。近くの河川敷で桜の花見を行い食事をしています。家族旅行でリニューアルした日本平動物園に行ってきました。	できるだけ散歩を行い外気に触れる機会をもち、個人の買い物支援やドライブにも頻回に出かけています。桜の季節には弁当持参で外出し、秋には恒例の家族旅行で日本平動物園や花鳥園、サファリパークといった遠出を楽しんでいます。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	希望がある時は職員と一緒に買い物に出かけるように支援しているが機会が少ない。		
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	電話の声の聞き取りが難しくなっているお客様が増えているので、機会は少なくなっている。職員が家に電話して、お客様が出るなど対応しています。年末には年賀状を自宅に出す支援をしている。		
52	(19)	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激(音、光、色、広さ、温度など)がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	環境に整備を行い気持ちよく生活して頂ける様に努めている。型染めや、お客様の作品を置いて雰囲気作りに心掛けている。	共有空間は季節に合った装飾品と個人の作品掲示にとどめているため家庭のような落ち着きがあります。掘り炬燵のある和室は個別レクリエーションにも活用され、また食後も絶えることなく明るい会話が飛び交っていて磁場の形成を感じます。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	自由に行き来ができ好きな場所で寛ぐ事ができる様に配慮している。和室の掘りごたつで趣味の塗り絵をしたり、居室で折り紙をしているお客様もいます。		
54	(20)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	馴染みの家具やテレビなど持参しているにしている。家族からのメッセージや誕生日のメッセージ自分で作成した物などを飾り自分なりの雰囲気作りを行っている。各部屋に温度計や湿度計を置き温度調整を行っている。	書をたしなむスペースとして畳が敷き詰められた居室は、集中できる環境への支援がみられます。また折り紙制作に勤しむ利用者の居室はたくさんの作品に囲まれており、個々の趣意に合った居室づくりを視認しました。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	お客様の身体状況に合わせて環境作りを心掛けている。必要に応じて手すり、場所の明記などを行い、自立した生活が送れるように支援している。		

自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
I. 理念に基づく運営					
1	(1)	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	事業所独自の理念、グループホームの理念・湖山ケア行動指針を掲げている。会議の前に唱和し共有を図っている。お客様に一人一人に合わせた寄り添うケアを心掛けている。	職員行動指針は勉強会でのテストという形で浸透を図っています。散歩から帰った利用者の口からこぼれる「ああ、我が家に帰ってきた」という言葉に、事業所理念の実践が凝縮されています。	
2	(2)	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	地域で行っている商工会祭りに出店したり、11月にはゆひもや祭りを開催しています。地域のボランティアの方達の協力を得も得て、一緒に楽しむ事ができました。地域のお祭りの時には、御みこしやお太鼓などが施設に来てくださっています。	地域の祭りでは神輿が立ち寄ってくれ、事業所でも毎月周辺の清掃に取り組んでいます。本年は地区防災担当から高齢者の食事に関する講義に協力要請があり、事業所に寄せられている信頼が覗えます。	
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	職員は毎月1回歩道の清掃を行っています。災害ボランティアからの要望で地域に向き口腔ケアの重要性について話をさせていただいています。		
4	(3)	○運営推進会議を活かした取り組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	2ヶ月に1回開催し、お客様の様子・行事・職員の勉強会での取り組み・防災などの報告を行いホームへの理解を得ている。貴重な意見やアドバイスをいただいています。運営会議の報告をホーム会議で行いサービスの向上に努めている。参加されていないご家族にも会議報告書を送付している。	感染症をはじめ役立ちそうな内容の勉強会も行われています。災害ボランティアコーディネーターから震災後は口腔内の不衛生から肺炎が多く発症した話を聞き、防災用品に歯ブラシを加えています。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる	地域運営推進会議への参加をして頂いています。	運営推進会議へは毎回地域包括支援センター職員の出席があり、議事録も郵送しています。今期は、由比蒲原地区事業所間の連携を図ることを目的として事業所連絡会が発足され、活用が期待されています。	事業所連絡会が定着し、近隣事業所との情報交換や有事の際の協力体制が築かれることを期待します。
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	身体拘束の研修には職員が必ず参加している。全体勉強会でも身体拘束を取り上げ新人職員にも周知徹底を図っている。身体拘束を行わないケアに取り組んでいます。「身体拘束〇宣言」の資料を掲示し常に意識付けを行っている。	年に一度の研修会で学習を積み重ねています。スピーチロックについては「ナイスワードバッドワード」として場面ごとの具体例をあげ「手伝いましょうか」「ゆっくり頑張って」といった言い換えを目指し、事務所や職員トイレに掲示してあります。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている	研修に参加し全体勉強会で報告している。接遇委員が中心となりスピーチロックの防止に努めています。自己評価を行い、その後他者による評価も行い自覚できる様になっている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している	対象のお客様が地域包括支援センターに相談して進めていましたが書類が揃わず中止している。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	契約時にはゆひもやの理念、経営方針・契約書・重要事項説明書の説明を行い納得していただいている。		
10	(6)	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	地域運営推進会議にご家族にも参加して頂き意見を述べて頂いている。家族会ではご家族同士で話し合う時間を設け、要望や意見を伺っている。ご家族にアンケートを実施し結果は玄関に掲示している。ホーム会議で報告し話し合っている。	事業所独自のアンケートでは「利用者の輪に入れていないのでは」と案じる家族の視点に、職員間で話し合い、是正後の法人アンケートでは満足度の高い結果が得られています。	
11	(7)	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	運営会議・主任リーダー会議の報告をホーム会議・全体会議で行い話し合う機会を設けている。	事業計画策定では職員意見の吸い上げに努めており、上期と下期で個人面談を実施しています。環境整備への進言では、地域貢献も併せ事業所周辺の清掃活動「クリーン作戦」に毎月取り組んでいます。	
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	職員実務評価表に自己評価を行いそれを基に個人評価に繋げている。		
13		○職員を育てる取り組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	施設内研修・施設外研修に参加できる機会を設けている。講師を招いての介護基礎研修には全職員が参加しています。会議の中で介護技術の反復をしている。新人職員にはプリセプターをつけてOJTチェック表や新人職員プリセプター指導項目により育成を行い把握の確認をしている。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている	地域包括主催の、地域のグループホームが集まる会に今年度1度出席をしている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
Ⅱ. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	事前面談を行い話を伺っている。訴えのできないお客様に対しては本人の気持ちを読み取れるように努力している。信頼関係を築く事から始めている。事前面談アセスメントを作成し把握している。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	入所前に家族と面談し話し合いを行っている。要望を伺い介護計画書に反映している。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスを導入する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	事前面談アセスメントを基に、カンファレンスを行い介護計画書を作成している。介護計画書は検証を行い全職員が把握している。		
18		○本人と共に過ごし支えあう関係 職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	家事や行事の準備などできる事は協力していただいている。一緒に共感する事の大切さはホームの理念にも掲げているので職員は理解している。		
19		○本人を共に支えあう家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場におかず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	毎月のお便りで日々の様子を伝えている。家族旅行や、行事の案内を行い参加して頂いています。家族会を開催する事で家族との連携を図っている。		
20	(8)	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	地域の祭りや行事に参加しています。また、近くのスーパーに買い物に行き馴染みの人と会う機会を設けています。合同行事や慰問に参加し、地域の人やボランティアとの交流の場を作っている。	カルチャーセンターやデイサービスとの合同行事が増えたことで馴染みの人との交流が続いています。編み物の得意な人が作品を家族や周囲へプレゼントしたことからお礼として毛糸が届き、張り合いとなっています。	
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せず利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	お客様同士の関係を大切に、お互いに助け合いコミュニケーションが取れるように職員が間に入りサポートしています。各階を自由に行き来したり、合同の食事会を行い馴染みの関係を保てるように支援している。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	医療関係や福祉関係への相談がある時はご家族を支援し関係性を大切にしている。ホームで看取りをさせて頂いたご家族も、自宅で取れた野菜やお菓子を持って遊びに来てくださっている。		
Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	(9)	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している	直接本人に話を伺ったり、会話の中から把握するように努めている。ご家族の来訪時には普段の様子を伝えながら意向などを聞き取るようにしている。困難なお客様は安全面に注意し、楽しく生活できる様に配慮している。	日々の気づきは生活記録と申し送りノートで記載共有しています。入居間もない頃は帰宅願望が強く、夜間でも本人が納得できるまで自宅通いに付き添ったことで、今では事業所を“我が家”と呼ぶ人もいます。	
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	事前面談アセスメントを作成し職員全員が把握し共有している。お客様との会話の中で把握するように心掛けている。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	生活記録・バイタルチェック表・業務日誌・カンファレンス・申し送りノート等で確認している。		
26	(10)	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	ホーム会議でカンファレンスを行い見直しや問題点について話し合っている。3ヶ月ごとにモニタリングを行い、6ヶ月ごとに介護計画書の見直しをし、検証を行い家族の了解を得ている。	サービス内容が時系列で表記され、達成度の記録欄を設けたことで可視化と標準化につながる新人職員にもわかりやすい書式を新たに作成していて、その人の生活がプランに連動しています。	
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	生活記録に個別のサービス内容が記載されている。1ヶ月毎に実践結果が把握する事ができる実践結果はホーム会議で話し合いプランに反映している。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	併設しているDSの客様と交流を図り、合同行事や慰問には自由に参加している。合同行事は毎月企画している。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	地域運営推進会議には民生委員・包括支援センター・地区長様・災害ボランティアなどの方々に参加して頂き協力を得ている。地域ボランティアや中学生の体験学習・小学生・幼稚園児の訪問を受け楽しまれている。		
30	(11)	○かかりつけ医の受診支援 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している	お客様の希望に合わせて医療機関を決めている。協力医を確保し2週に1回の往診を受けているお客様もいる。往診時には看護師が対応し医師との連携を図っている。家族の都合で受診ができない時は勤務調整を行い対応している。	かかりつけ医を継続している人は半数以上おり、入居後も変わらない医療機関とのつながりがあります。受診は基本的に家族ですが、適正な診断に向け日頃の様子を知る職員同行が多くなっています。	
31		○看護職との協働 介護職は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している	DSの看護師が定期的に体調確認を行い医療連携記録簿を作成している。受診時には受診記録を作成し看護師が確認している。変化がある時は申し送りノートに記載する事で全職員が把握している。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、又、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	本人の状態に合わせて医師・家族と相談している。入退院時には看護師と話し合う機会を設け安心できるように対応している。病院に様子を見に行ったり、家族とは常に連絡を取り状態の把握に努めている。		
33	(12)	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所ですることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	看取り及び重度化に関する指針・マニュアルが作成されており、地域運営推進会議や家族会で説明している。ホーム会議ではその都度指針の確認を行っている。喀痰の研修にも参加し備えている。	かかりつけ医の協力もあり一昨年から3名、開設当初からでは10名の看取りに取り組んでいます。入職時に「看取りを行う事業所」として説明を受けることでまず心構えができ、勉強会や具体的指示、緊急連絡にも応じてくれる看護師の力添えもあります。	
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	普通救命講習を受講したり、全体勉強会で初期対応の勉強会を行っている。各階に人工呼吸マスクを常備してある。緊急時お客様カルテを作成し緊急時に備えている。		
35	(13)	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	年2回消防署の協力を得て防災訓練を行っている。ホーム独自で毎月避難訓練を実施している。防災委員が全体勉強会を行い周知している。緊急時のご家族の連絡網を作成している。地域運営推進会議でも常に防災の事を議題に挙げ話し合っています。	地震や津波、火災など想定を替えて毎月訓練が行われ、地域の人には階段搬送と見守りに参加をお願いしています。運営推進会議では図上訓練や無線機の使い方も実施され、服薬緊急カルテも準備しています。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	(14)	○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている	接遇委員が中心となってマナーチェック表で月1回自己評価を行い、その後他者評価をし意識の向上に努めている。	接遇委員会が中心となる接遇マナーチェックは、自己評価とともに他者からの記入欄もあり、3ヶ月ごとの評価は「言ってしまった自分」に気づけるものとして、項目内容はさらに検討を重ねる予定です。	
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	常に声を掛ける事や、側に寄り添う事でお客様の要望や希望を聞きだすように努力している。強要することなく本人の意思を尊重している。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	ゆとりを持った対応を心掛け、状態に合わせた声掛けや、お客様の希望に添うような対応を心掛けている。朝食時に1日の過ごし方を話題にしている。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	本人に選んで頂いたり、何種類かの組み合わせの中から選んでいただくなど自分で選ぶ事ができるような声掛けを行っている。何を着たら良いのか相談に乗る事もあります。2ヶ月に1回ビューティヘルパーを利用されている。		
40	(15)	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	お客様がメニューを決めたり、食材の買い物に職員と一緒にいっています。ホーム全員での食事会を行ったり、行事食はDSと合同で行っている。料理を作る機会が少ないが、食器の片付けはテーブルに運び車椅子の方でも参加できるように配慮している。	週3回買い物に出かけ、その日食べたい物を聞いて手作りしており、栄養士による献立チェックもあります。ユニット合同食事会や誕生会には手作りケーキもあります。車いすの人も椅子に移動してテーブルについていました。	
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	DSの栄養士が検食簿を確認し栄養のバランスを管理している。自力摂取できるように食器の重さや大きさに配慮している。状態に合わせた食事形態や嗜好に合わせて対応している。摂取量はバイタルチェック表に記録し把握している。いつでも摂取出来る様に食べやすい物を準備し提供している。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	毎食後口腔ケアの声掛けを行い本人に合わせて介助しているが、完全とまでは言えない。義歯の保管確認を行い、週1回歯ブラシの確認をして清潔に注意している。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
43	(16)	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立にむけた支援を行っている	食事の前後の声掛けは勿論の事、本人に合わせた声掛けを行っている。紙パンツやパットは本人に合った使い分けをしている。排泄の状態や量をバイタルチェック表に記入し排泄パターンを把握している。	ベッド上での排泄介助が増えた利用者でも、排便はトイレでの座位を習慣とすることで下剤に頼ることなく、安眠と精神的な安定を得ています。家族への配慮から職員は消耗品消費にも意識もっています。	
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	水分摂取量を1日1000ml以上(食事以外)摂取できるように対応している。ヨーグルトや乳酸飲料などを勧めている。お客様の中には本人希望で青汁を飲用されている方もいます。散歩や軽い運動ができるように配慮している。		
45	(17)	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々にそった支援をしている	入浴前には体調の確認を行い、本人の希望を確認しながら2日に1回は入浴できるように声掛けしている。季節に合った入浴剤を準備し気分良く入浴して頂ける様に配慮している。	「今、入りたい」との気持ちに添った対応を旨として湯は毎日準備し、曜日や時間を決めていませんが、めやすは2日に1度としています。夏場は湯上り後の足指間に留意し水虫への気配りもみられます。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している	その日の体調や状態、夜間の睡眠状況などを申し送りし、把握して休息の声掛けを行っている。夜間眠れない時は話を伺い不安の軽減に努めている。寒い時は湯たんぽを準備し安眠を促している。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	服薬介助の前に、服薬チェックリストで薬を確認し、担当者が服薬介助を行っている。薬に変更がある時は申し送りノートに記載し全職員が把握できるようにしている。ゼリーや蜂蜜などを使用し本人に合った服薬介助を行っている。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	本人の意思を確認して慰問・ドライブ・散歩に誘っています。合同行事は毎月企画し季節感を感じていただいています。家事への参加は限られたお客様になりがちですが、できないと決めつけずにできる事を見つけるように心掛けています。		
49	(18)	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。又、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	気分転換もあるので、散歩や、買い物・ドライブに誘っています。近くの河川敷で桜の花見を行い食事をしている。家族旅行でリニューアルした日本平動物園に行ってきました。	できるだけ散歩を行い外気に触れる機会をもち、個人の買い物支援やドライブにも頻回に出かけています。桜の季節には弁当持参で外出し、秋には恒例の家族旅行で日本平動物園や花鳥園、サファリパークといった遠出を楽しんでいます。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	本人の希望がある時は職員と一緒に買い物に付き添っています。個人で持っているお客様もいます。		
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	電話の音が聞き取りにくく鳴っているお客様が増えているのでほとんど利用されていません、毎年家族に年賀状を書く支援をしている。		
52	(19)	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激(音、光、色、広さ、温度など)がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	掃除チェック表で掃除の確認を行いお客様が快適に過ごして頂けるように努力している。居室・フロアに温度計を設置し常に確認しています。家庭的な雰囲気を作るように心掛けている。	共有空間は季節に合った装飾品に留め、家庭のような落ち着きがあります。掘り炬燵のある和室は寒い時に横になって寛ぐ空間として利用されています。細部にわたる清掃チェックシートで怠りなく点検され、感染症対策に余念がありません。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	和室やフロアは自由に使っていただき、廊下には長椅子を置きフロアにはソファを設置して自由に好きな場所に座っていただいている。		
54	(20)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	本人が自宅で使用していた物やテレビ・仏壇などを置いているお客様もいます。本人の写真やカードなどを貼っています。お客様の担当の職員が戸棚の中の衣類の整頓のお手伝いをしている。	仏壇やテレビの持ち込みがあり、毎日テレビ欄をチェックして職員に教えてくれる人もあります。馴染みの物を持ち込んでもらうよう説明していますが、少ない場合には家族写真をお願いしています。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	お客様の身体機能に合わせてその都度工夫しています。歩行器や車椅子で移動されるお客様が増えているので事故防止と、移動し易いように環境を整えている。		